

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 4

DE LA

Pyarthrose Tuberculeuse Primitive

D'ORIGINE SYNOVIALE

SANS LÉSIONS OSSEUSES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 novembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALBERT MAURIN

Né à Saint-Julien-Chapteuil, le 22 juin 1884



SAINT-ÉTIENNE

IMPRIMERIE DE « LA LOIRE RÉPUBLICAINE »

16, Place Marengo, 16

1911



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546721_0007

THÈSE

POUR LE DOCTORAT

1-10-1911
11-10-1911
12-10-1911

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 4

DE LA

Pyarthrose Tuberculeuse Primitive

D'ORIGINE SYNOVIALE

SANS LÉSIONS OSSEUSES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 novembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALBERT MAURIN

Né à Saint-Julien-Chapteuil, le 22 juin 1884



SAINT-ÉTIENNE

IMPRIMERIE DE « LA LOIRE RÉPUBLICAINE »

16, Place Marengo, 16

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. COURMONT..... ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....		X...
Chimie médicale et pharmaceutique.....		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique.....		MORAT.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....		COURMONT (P.)
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		X...
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.)
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale.....	BÉRARD, —
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND, ag.
Accouchements	COMMANDEUR, —
Matière médicale.....	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique.....	PATEL, —
Botanique	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD.
Clinique infantile.....	MOURIQUAND.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LÉPINE.	NOGIER.	TAVERNIER.
REGAUD.	LESEUR.	LATARGET.	CADE.
COMMANDEUR.	Etienne MARTIN.	BRETIN.	MOURIQUAND.
GAYET.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.)
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	THÉVENOT.	GUILLEMARD.
PATEL.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, Président; ROCHET, Assesseur; GAYET et F. ARLOING, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de ma reconnaissance
et de mon affection.

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur JABOULAY

.Professeur de Clinique Chirurgicale

Qui a bien voulu nous donner l'idée
de ce travail et accepter la présidence
de notre thèse.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

AVANT-PROPOS

C'est pour nous un devoir d'adresser, au début de ce travail, tous nos remerciements à nos anciens maîtres des Hôpitaux de Lyon et de Saint-Etienne.

Pendant notre externat, nous n'avons eu qu'à nous louer d'avoir choisi les services de M. Rochet, professeur adjoint des maladies des voies urinaires; de M. Gangolphe, de M. Villard, professeur de chirurgie expérimentale; de M. le professeur agrégé Tixier, de MM. Lesieur et Barjhou.

Leurs leçons nous guideront toujours pendant notre carrière médicale.

Aux Hôpitaux de Saint-Etienne, nous avons trouvé le plus bienveillant accueil.

Nous tenons à remercier tout spécialement le docteur Viannay, dans le service duquel nous avons eu l'honneur de faire plusieurs semestres. C'est lui qui nous a initié à l'art opératoire; aussi nous ne saurions trop lui témoigner notre gratitude.

Le docteur Blanc a été pour nous plus qu'un maître; il nous a toujours témoigné un grand intérêt. Nous avons beaucoup profité de sa grande expérience

clinique et nous le prions de vouloir bien recevoir ici, l'hommage de notre plus vive reconnaissance.

En M. le docteur Nordman nous avons trouvé un maître des plus distingués. Ses leçons instructives nous ont initié à la pathologie mentale et ont contribué également pour beaucoup à notre éducation médicale.

Nous remercions aussi le docteur Chalier qui nous a si obligeamment servi de guide dans ce modeste travail.

Nous n'oublierons point encore les personnes qui se sont intéressées à nous pendant toutes nos études et dont les conseils nous ont été si utiles.

Que tous nos amis, et particulièrement MM. Devin et Payot, internes des Hôpitaux de Lyon, dont l'attachement n'a jamais faibli, reçoivent l'expression de nos sentiments les plus affectueux.

INTRODUCTION

Parmi les maladies dues à un agent spécifique bien connu, aucune, sans doute, ne peut présenter une diversité de formes comparable à la tuberculose. Cette diversité de formes est encore plus grande si l'on n'envisage que la tuberculose des articulations.

Sans vouloir faire l'historique de la tuberculose articulaire, nous dirons cependant quelques mots sur les étapes successives faites par cette question.

Après la confusion du début créée par le terme de tumeur blanche « white swelling », donné par Wisseman, terme par lequel on désignait toutes les phlegmasies chroniques des articulations, un peu de lumière commence à se faire dans le chaos de la pathologie articulaire. La tumeur blanche devient une affection bien définie avec des symptômes bien spéciaux et une anatomie pathologique bien distincte. La grande caractéristique de cette affection est dans la fongosité que Reimar et Bambilla décrivent sous le nom de : « fungus articularum ».

Puis, certains auteurs sont frappés de la coexistence fréquente de la tuberculose pulmonaire et de la

tumeur fongueuse et déjà la nature tuberculeuse de cette dernière affection est soupçonnée. Après les travaux de Nélaton, et de Michel, on admet déjà la nature bacillaire de certaines formes de tumeur blanche ; mais c'est surtout à Bonnet que revient le plus grand mérite et, depuis cet auteur, la nature tuberculeuse de la tumeur fongueuse est admise sans conteste. Ce que le grand sens clinique du chirurgien lyonnais avait déjà déterminé, recevait une irréfutable confirmation par la découverte du nodule tuberculeux dans la fongosité, puis par la découverte de Koch qui isole l'agent virulent.

A partir de cette époque, le champ s'élargit ; on reconnaît que la tuberculose peut, au niveau des articulations, donner lieu à des manifestations autres que la fongosité.

En 1884, Kœnig montre la nature bacillaire de certaines hydarthroses et trace de main de maître le tableau de « l'hydrops tuberculosus ».

Laveran décrit la granulie articulaire, Wolkman une forme sèche « caries sicca ».

Depuis cette époque, bien d'autres productions articulaires : exsudats fibrineux, grains riziformes, lipome arborescent, etc., sont également rentrées dans le cadre de la tuberculose.

Le professeur Jaboulay ayant eu dans son service de clinique chirurgicale quatre malades atteints de pyarthrose tuberculeuse primitive de différentes articulations, nous a fourni l'idée de décrire une forme particulière de tuberculose suppurée des articulations avec peu ou point de fongosités.

Nous envisagerons la question dans son ensemble et tâcherons de montrer que, dans les cas cités au cours de ce travail, il s'agit bien d'une nouvelle forme clinique non décrite jusqu'à nos jours : une forme de tuberculose articulaire à début synovial donnant d'emblée du pus en assez grande quantité dans l'articulation alors qu'il n'y a pas encore de lésions osseuses.

On sait que la forme de tuberculose articulaire à début synovial fut longtemps niée par certains auteurs et qu'il fallut toute l'autorité d'Ollier et de ses élèves pour en démontrer la fréquence chez l'adulte.

Mais le mode de réaction de la synoviale contre le processus tuberculeux qui l'a envahie, n'est pas toujours le même. Si le plus souvent c'est par la production de fongosités, on conçoit fort bien que, semblable aux autres séreuses, la synoviale se comporte comme elles et sécrète dans certains cas du liquide, et dans d'autres du pus.

CHAPITRE I

La présence du pus dans une articulation atteinte de tumeur blanche est une chose banale. Les auteurs ont signalé bien des causes de sa formation : tantôt l'articulation a été envahie par du pus formé primitivement dans l'os mais qui a pénétré ensuite dans l'articulation après trépanation du cartilage d'encroûtement ou décollement de celui-ci ; tantôt c'est la capsule articulaire qui a été perforée lorsque les lésions primitives étaient périarticulaires. Lanne-longue admet encore la pénétration dans l'article des liquides infectieux au moyen des lymphatiques. Mais la cause la plus fréquente de la production du pus articulaire est dans la dégénérescence des fongosités qui remplissaient l'articulation.

Dans son *Traité de Pathologie générale*, traduit par Comte, Kœnig dit, page 587 :

« Dans l'intérieur de l'articulation se forme parfois
« du pus à côté des granulations..... Lorsque les fongosités se produisent en masses considérables, il n'est pas rare de voir la fonte destructive de ces granulations molles tuberculeuses donner lieu à la formation d'un pus épais, caséeux, mélangé de lambeaux de tissus. D'autrefois, surtout à la suite d'un léger trauma, se développe un abcès peu

« étendu, lequel envahit alors le plus souvent, et
« rarement de bonne heure, les parties restées libres
« du cul-de-sac supérieur, plus rarement la bourse
« séreuse poplitée ou celle du muscle demi-mem-
« braneux. »

Plus loin, il ajoute : « Dans nombre de cas la pro-
« duction de granulations reste très limitée ou, du
« moins, elle s'accompagne de bonne heure d'un
« abcès froid étendu de l'articulation. Sous beaucoup
« de rapports cet abcès se comporte d'une façon
« analogue à l'hydarthrose du genou, c'est-à-dire
« qu'il distend mécaniquement l'articulation dans
« toutes les directions, grâce à la pression hydrosta-
« tique, sans avoir de la tendance à la perforation. »

Le même auteur cite le cas d'un enfant chez lequel
il avait observé « un abcès de ce genre qui avait dé-
« terminé une distension extrême des bourses sé-
« reuses crurale et poplitée ainsi que de celle du demi-
« membraneux ; le pus avait établi une commu-
« nication entre cette dernière bourse séreuse et celle
« de la patte d'oie située au-devant du tibia. » « Ces
« abcès, ajoute-t-il, n'en sont pas moins nettement
« tuberculeux. En effet, la membrane pyogène qui
« tapisse la synoviale est certainement tuberculeuse,
« et d'autre part, c'est précisément avec le pus des
« collections purulentes de ce genre que l'on réussit
« le mieux à inoculer la tuberculose aux animaux en
« expérience ; d'ailleurs, on y trouve des bacilles de
« Koch. »

D'après les différents auteurs, cette tendance à la
suppuration articulaire serait variable avec les indi-

vidus ; elle serait beaucoup plus grande chez les enfants. Chez ces derniers, en effet, on voit très fréquemment une tumeur blanche donner rapidement de vastes abcès intra ou extra articulaires.

Mais dans tous les cas signalés, on admet généralement que la production du pus n'est qu'un phénomène secondaire ; il y a d'abord des fongosités qui atteintes secondairement de fonte destructive donnent le pus articulaire.

Bonnet, dans son *Traité des maladies des articulations*, avait déjà décrit des abcès froids articulaires. En 1854, cet auteur fait de la tumeur blanche, entité morbide, trois affections diverses : l'arthrite fongueuse, les arthropathies tuberculeuses et les abcès froids articulaires. D'après le chirurgien lyonnais, ces abcès froids ne surviendraient que chez des malades atteints de « diathèse purulente », c'est-à-dire, chez des malades qui font du pus partout, ou du moins, peuvent en faire partout. Il semble donc que dans ces cas, on a affaire à des malades présentant en quelque sorte une véritable pyohémie tuberculeuse dont l'abcès froid ne constituerait qu'un abcès métastatique. Les malades dont il parle sont tous des cachectiques chez lesquels la tuberculose a probablement débuté par le poumon et s'est ensuite manifestée en maints endroits et en particulier au niveau d'une ou de plusieurs articulations. De plus, chez tous ses malades, il parle des lésions osseuses qui coexistaient avec l'abcès.

La description de Bonnet est donc totalement différente de la forme de tuberculose synoviale primitive

que nous voulons décrire. Malgré les recherches que nous avons faites dans de nombreux auteurs, nous n'avons nulle part trouvé mention de cette forme de tuberculose articulaire, dont les lésions exclusivement synoviales au début, donnent rapidement lieu à la formation d'un abcès articulaire qui peut être pris pour une simple hydarthrose ou même quelquefois revêtent une allure inflammatoire pouvant simuler une arthrite suppurée d'origine infectieuse.

Comme nous n'avons pu nous procurer que quatre observations, nous jugeons utile de placer au début de notre travail les observations qui l'ont suggéré. C'est d'après elles que nous essayerons de faire, dans son ensemble, la description de cette nouvelle forme clinique de tuberculose synoviale que nous avons appelée « pyarthrose tuberculeuse primitive d'origine synoviale, sans lésions osseuses ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Clinique du Professeur Jaboulay — Mai 1911)

X..., de Saint-Jean-de-Maurienne, vient pour affection du coude et du genou.

A. H..., mère, morte l'an dernier, à 51 ans, d'affection inconnue (toussait beaucoup).

Père, vivant, en bonne santé, tousse également.

Un frère et trois sœurs en bonne santé.

Deux jeunes frères sont morts avant l'âge de un mois.

A. P... — Il aurait marché assez tard, rien de spécial dans la première enfance. Pas d'abcès au cou ni glandes, pas de fièvres éruptives, pas de typhoïde.

Première maladie date de l'année dernière : il avait beaucoup grandi ; était faible et toussait beaucoup ; avait des crachats épais et jaune verdâtre. Un médecin lui ordonne de l'huile de foie de morue et le grand air. Il resta ainsi malade pendant trois mois. De juin dernier à la Noël il alla bien. A la Noël 1910, il fit une chute sur le genou gauche. Le médecin fit des pointes de feu. Ce traitement ne soulageant pas le malade, il vit un rebouteur qui lui recommanda la marche. Un mois après l'accident, le genou augmente encore de volume et les mouvements se font de

moins en moins bien. En même temps, il se forme dans le creux poplité et le mollet des masses molles, chaudes à la main et tendant la peau. Ces masses étaient le siège de douleurs lancinantes. La collection située au creux poplité se fistulise, il s'écoule un pus jaune mêlé de sang et de petits grumeaux.

Quinze jours après fistulisation de la collection du mollet, cette fistule fut agrandie par le médecin pour permettre un écoulement plus large. Enfin, dimanche dernier, une fistule s'établit sur la face antéro latérale du genou, à gauche et en bas de la rotule. Depuis un an le malade avait une cicatrice cutanée blanchâtre arrondie, entourée d'une zone brune située sur la face externe de la cuisse gauche.

A l'examen de tous ces trajets et des régions avoisinantes on constate :

1° Au genou, en appuyant sur la pointe de la rotule, une sensation molle de fluctuation sans choc rotulien net. Cette pression fait sourdre par la fistule du genou du sang mêlé à des grumeaux purulents. Le genou est augmenté de volume surtout sur le pourtour de la rotule. A la place des dépressions périrotuliennes il existe un gonflement diffus. On constate un point très légèrement douloureux sur la face externe du condyle et sur l'extrémité supérieure du tibia. Au niveau de la tubérosité antérieure du tibia siège une fistule qui donne peu ;

2° En même temps, on note une autre fistule siégeant sur face postérieure de la cuisse à 3 centimètres environ au-dessus du creux poplité. L'orifice de cette fistule a la forme d'une ulcération taillée à l'emporte-pièce sur les trois quarts de son pourtour, le reste est un peu bourgeonnant. Le fond de l'ulcération est rouge, laissant échapper un pus clair mêlé de grumeaux. Tout autour de cette perte de substance est une zone brun foncé ;

3° Sur la face postéro-interne du mollet siège une ulcération du diamètre d'une pièce de 50 centimes à fond rouge et bourgeonnant. Il s'en échappe aussi un pus clair et mêlé

de sang et de petits grumeaux. La pression tout autour fait sortir beaucoup de pus.

Les mouvements se font bien dans le genou sans douleur, le stylet introduit dans les trajets signalés file directement sous la peau. Dans la fistule du mollet, le stylet va buter contre l'extrémité supérieure du tibia. On remarque sur la crête tibiale épaissie une plaque arrondie, légèrement brunâtre, ainsi que quelques autres sur la face interne de la jambe.

Au bras gauche, sur la face postérieure, juste au-dessus de l'articulation du coude, se trouve une masse fluctuante, chaude, qui a commencé vers la fin du mois de février. Sur la face antérieure de l'articulation du coude, au-dessous de l'interligne, on trouve une gomme rougeâtre, irrégulière, prête à s'ulcérer. Les mouvements du coude sont très limités pour la flexion ; la pronation et la supination se font assez bien. Ces mouvements ne sont pas douloureux. Il y a une semaine, le malade pouvait faire tous ces mouvements ; on constate un point douloureux sur l'épicondyle. Il existe un léger œdème de la face postérieure de l'avant-bras.

Aux poumons, respiration un peu soufflante en avant ; en arrière, submatité des deux sommets, surtout du sommet gauche. Respiration rude, soufflante surtout à droite, inspiration saccadée, retentissement de la toux, pas de craquements.

Quelques ganglions carotidiens à droite, quelques ganglions inguinaux des deux côtés, surtout à gauche. Rien au cœur. Rien aux testicules.

Dents de Hutchinson.

Ponction de son abcès du coude. Il s'écoule environ 300 grammes de pus qui est inoculé au cobaye.

Revu le 19 juillet 1911. A la partie inférieure de l'humérus, on constate une masse molle nettement fluctuante qui est ponctionnée.

Au pli du coude, on retrouve la cicatrice mentionnée plus

haut ; cette cicatrice suinte légèrement. Empâtement diffus surtout du côté externe. Cet empâtement s'étend jusqu'au tiers supérieur de l'avant-bras et remonte en tournant en dehors jusque vers l'abcès signalé. Point olécranien douloureux, point cubital au niveau de la fistule. Les mouvements d'extension, de pronation et de supination se font bien et sans douleur, la flexion est un peu limitée. Petits ganglions axillaires.

Au niveau de la jambe, on note une ulcération du mollet taillée à l'emporte-pièce, un peu plus grande qu'une pièce de 50 centimes. Le centre est sphacélé ; cette ulcération suinte continuellement. Il existe un gros empâtement de tout le mollet. Cet empâtement s'étend sur une longueur de 30 centimètres environ. La marche est un peu gênée, surtout pour monter l'escalier. Sur le tendon du grand adducteur, à l'extrémité inférieure de la cuisse, existe une ulcération taillée à l'emporte-pièce du diamètre d'une pièce de 50 centimes suintante, à bords décollés avec un peu d'induration tout autour.

La partie supérieure de l'articulation ne présente rien d'anormal. Le cul-de-sac sous-quadricipital n'est pas empâté, les méplats rotuliens sont effacés. Léger empâtement du côté interne de l'articulation, quelques fongosités donnant de ce côté une sensation pseudo-fluctuante. Empâtement diffus du côté externe.

Une troisième fistule existe en dehors du tendon rotulien ; elle présente des bords décollés, violacés, taillés à l'emporte-pièce, elle suinte encore un peu. Une autre fistule presque tarie se trouve sur la face antérieure du tibia, au voisinage de l'articulation.

La flexion du genou dépasse l'angle droit, l'extension est complète. Il existe un point douloureux sur la pointe de la rotule, il n'y a pas de point prépéronien, ni tibial, ni condylien. Aucune douleur par les mouvements provoqués.

Légère atrophie de la cuisse, quelques ganglions inguinaux.

Le malade a un très bon état général ; il ne tousse ni ne crache. L'examen du poumon est complètement négatif. Il dort bien, n'a pas de sueurs nocturnes, il a repris des forces et va beaucoup mieux.)

En résumé, les lésions paraissent s'être beaucoup améliorées.

Le 31 octobre, on nous annonce que le malade se porte tout à fait bien. Ses fistules sont taries pour la plupart. Les mouvements articulaires se font presque normalement.

Autopsie du cobaye le 15 juillet 1911.

Tuberculose généralisée avec ganglions et ulcérations au lieu d'inoculation. Grosse rate.

OBSERVATION II

(Clinique du Professeur Jaboulay — Juillet 1911)

G... Marcelle, 28 ans, employée. Entre pour phénomènes inflammatoires survenus sur une ancienne arthrite du coude droit.

A. H..., un frère mort à 28 ans de tuberculose entéropéritonéale.

A. P..., bien portante dans l'enfance. A 11 ans, elle présente une affection chronique du pied droit. Il semble s'être agi d'une arthrite tibio-tarsienne pour laquelle fut pratiquée une astragalectomie un an après le début de l'affection. Réglée à 11 ans, légère anémie à cette époque. A 20 ans, affection chronique de l'extrémité inférieure du bras droit avec tuméfaction locale. Un médecin incisa une collection au niveau de l'olécrane, puis on fit de l'immobilisation plâtrée pendant un mois. Il persista une fistulette. A aucun moment, il n'y eut de gêne fonctionnelle de l'articulation qui conserva presque toute l'étendue de ses mouve-

ments. La santé était bonne. La malade n'a jamais eu de manifestation de bacillose pulmonaire.

Depuis deux ans, pertes blanches abondantes. Il y a quatre jours, sans que l'ancienne fistule du coude droit se soit ouverte, sont survenus des phénomènes inflammatoires très aigus avec gonflement rapide, rougeur et phénomènes généraux fébriles pour lesquels la malade entre aujourd'hui dans le service.

Localement, le coude droit en entier est le siège d'une volumineuse tuméfaction. Les téguments de la face antérieure ont conservé un aspect à peu près normal ; au contraire, ceux de la face postérieure et interne sont rouges avec un aspect phlegmoneux.

Sur le bord interne du tendon du triceps, on retrouve une fistule ancienne actuellement tarie, mais autour de laquelle les signes d'infection présentent leur maximum.

La bourse olécraniennne est le siège d'un épanchement peu tendu. Les mouvements sont très peu douloureux. mais la supination et la pronation se font bien.

Pas d'adénopathie axillaire.

Aux poumons, rien en avant. En arrière, la base gauche sonne mal et respire moins bien que la base droite. Pas d'histoire de pleurésie ancienne.

Rien au cœur.

Appétit conservé.

La malade aurait maigri de 4 kilogrammes en trois mois.

Rien à l'abdomen.

Aux membres inférieurs, on retrouve, au pied droit, la cicatrice de l'astragalectomie pratiquée il y a dix-sept ans. La mobilité de la tibio-tarsienne a disparu.

La température est montée à 40, mais elle est redescendue rapidement.

L'intervention est pratiquée le lendemain. On fait une longue incision sur le côté externe de l'articulation ; cette incision amène sur l'articulation qui est remplie de pus tuberculeux. Il existe simplement des lésions synoviales ;

pas de lésions osseuses ni de fongosités. On referme complètement la suture.

Les suites opératoires furent très simples : la température resta à peu près normale, tous les phénomènes s'amendèrent rapidement.

Deux jours après, nous voyons la malade, le gonflement a beaucoup diminué. On fait exécuter facilement à la malade les mouvements de pronation et de supination. La flexion et l'extension sont encore un peu limitées.

La malade quitte le service quelques semaines plus tard, allant très bien et se servant déjà beaucoup de son articulation. Nous avons su que depuis, elle avait repris son ancien travail, qu'elle fait sans peine.

Le pus qui s'écoule par l'incision est recueilli aseptiquement. Le Dr Horand l'examine au microscope et ne peut déceler aucun autre microbe que le bacille de Koch.

On inocule en même temps de ce pus au cobaye et trois semaines après le cobaye mourait. On trouvait à l'autopsie de nombreuses lésions tuberculeuses généralisées. En même temps, existait au niveau du point où avait été faite l'inoculation, une ulcération manifestement tuberculeuse.

OBSERVATION III

(Clinique du Professeur Jaboulay — Juillet 1911)

G. B..., vient à la clinique pour une affection du genou.

A. H..., mère, morte de couches ; père, mort à 61 ans, d'affection inconnue.

Une sœur morte de fluxion de poitrine ?

Tous ses frères sont en bonne santé.

A. P..., bonne santé habituelle, scarlatine à 14 ans. A fait son service militaire.

Le 30 mai 1911, après avoir travaillé toute la journée, il

éprouve une douleur dans le genou. Cette douleur est vive, le réveille pendant la nuit et l'empêche de dormir. Un médecin consulté, dit qu'il fallait l'immobiliser et l'envoyer à l'Hôpital.

A son entrée, on constate un genou globuleux ; la rotule est soulevée, on a de la fluctuation au niveau du cul-de-sac sous-quadricipital, du choc rotulien : en un mot les signes classiques de l'hydarthrose.

Il y a quelques ganglions inguinaux, pas de points osseux douloureux. La jambe est en bonne position, la flexion est très gênée en raison de l'abondance de l'épanchement.

La température est de 38. On met le malade en gouttière.

Au bout de douze jours, on ponctionne le cul-de-sac sous-quadricipital ; il sort du pus en assez grande quantité, 300 grammes environ. Ce pus est crémeux, séropurulent, contenant quelques fausses membranes. La ponction amène un soulagement immédiat.

On replace le malade dans une gouttière : depuis, la douleur a disparu.

Actuellement, c'est-à-dire trois semaines après la ponction, on note un peu de gonflement du genou ; il y a encore un léger choc rotulien, mais on ne trouve pas de fongosités à la palpation. Pas de points douloureux, légers mouvements de latéralité.

La flexion de la jambe se fait à 45° environ, l'extension est complète, les mouvements ne sont pas douloureux, sauf la flexion forcée, il y a encore du pus dans son articulation.

Le malade ne tousse pas, mange bien, a un très bon état général et n'a pas maigri.

Le pus retiré par la ponction est porté au laboratoire. L'examen montre simplement des bacilles de Koch.

L'inoculation au cobaye est faite le jour même.

L'autopsie, pratiquée un mois après, montre de gros ganglions tuberculeux de chaîne carotidienne droite et deux tubercules au poulmon.

OBSERVATION IV

Clinique du Professeur Jaboulay — Juillet 1911.

G. M..., 24 ans. Comme antécédents, on relève un mal de Pott dorsal dont la gibbosité apparut rapidement en janvier 1910 ; l'évolution fut très insidieuse, le malade éprouva simplement quelques douleurs en ceinture et n'eut jamais de troubles du côté des membres.

Peu de temps après le début de son mal de Pott, apparaît une tumeur blanche du poignet qui nécessite une résection. Opération dont il est parfaitement guéri.

Le 18 juin 1911, le malade entre à la clinique pour de la gêne fonctionnelle des deux genoux. Ces troubles sont survenus huit à dix mois après son opération sur le poignet.

On constate que ses deux genoux sont globuleux ; le genou gauche est un peu plus volumineux que le droit. Les deux articulations paraissent contenir du liquide ; cependant le choc rotulien n'est pas très franc.

Le malade éprouve une douleur vague dans les deux jointures.

Atrophie des deux cuisses.

On met le malade dans un silicate double pendant un mois. On enlève alors le silicate de la jambe droite. On laisse celui de la jambe gauche en raison des souffrances qu'éprouve le malade lorsqu'on tente de l'enlever. Ce silicate est laissé pendant trois mois. Au bout de ce temps, on l'enlève et le malade ne souffre plus.

Quinze jours après l'ablation du silicate, le genou droit enfle beaucoup et d'une façon progressive. L'examen montre un épanchement articulaire, mais cet épanchement n'est pas assez abondant pour nécessiter une ponction.

De même, au niveau de jambe gauche, se produit, après

l'ablation du silicate, un gonflement rapide presque sans douleur. Les signes d'épanchement articulaire apparaissent. En quelques jours, l'épanchement bilatéral s'accroît rapidement et alors apparaissent des douleurs vives à caractère lancinant empêchant le repos.

On ponctionne les deux genoux au niveau du cul-de-sac sous-quadricipital, il sort une assez grande quantité de liquide purulent ayant tout à fait l'aspect de pus tuberculeux.

Le malade est laissé sans immobilisation ; on surélève simplement les talons pour faciliter l'évacuation du pus par la fistule opératoire.

Cette ponction double est suivie d'une sédation immédiate des phénomènes douloureux.

Au bout de trois semaines, nouvelle ponction sur le genou gauche. Le pus sort en aussi grande quantité que la première fois. Depuis, aucune souffrance articulaire ne s'est manifestée.

Actuellement, c'est-à-dire une dizaine de jours après la deuxième ponction du genou gauche, on trouve un abcès bien localisé au niveau du cul-de-sac supérieur de l'articulation. Cet abcès a la grosseur d'un œuf de pigeon et on le ponctionne ; il existe encore quelques fongosités de chaque côté de la rotule ; il existe une fistule au niveau de la ponction ; par la pression, on fait sourdre du pus roussâtre contenant quelques grumeaux. Les mouvements sont un peu douloureux.

Au niveau du genou droit, on note un peu de gonflement, les méplats rotuliens sont effacés ; il existe quelques fongosités au niveau des bords et de la pointe de la rotule. Pas de points douloureux à la pression. Les deux jambes sont en très bonne position ; la flexion est douloureuse.

Le malade conserve néanmoins un assez bon état général ; il ne tousse pas, n'a pas de signes pulmonaires. Il a cependant maigri de 20 kilogrammes depuis son séjour à l'Hôpital pour mal de Pott.

Revu le 27 juillet 1911. L'articulation du genou droit est en très bon état. Aucune douleur, pas de trace d'épanchement ; un peu d'empâtement périarticulaire, mais pas de points douloureux.

Au genou gauche, empâtement périarticulaire ; il existe encore une fistule au niveau de la ponction ; par cette fistule sort un peu de pus.

Pas de points osseux.

Il semble que la double lésion évolue vers l'ankylose.

L'état général reste bon.

L'inoculation du pus au cobaye n'a pas été pratiquée pour ce malade.

Revu le 31 octobre 1911. Localement, le malade va bien. Pas de traces d'épanchement dans les deux genoux. Un peu d'empâtement périarticulaire, mais pas de fongosités nettes.

A noter que son mal de Pott paraît évoluer.

CHAPITRE II

Etiologie

Dans son *Traité sur les maladies des articulations*, Bonnet dit que les abcès froids articulaires sont assez fréquents. D'après cet auteur, ils constitueraient

peut-être le tiers des lésions chroniques confondues sous le nom de tumeurs blanches. Cette proportion est exagérée, car Bonnet parle des abcès en général qu'il a trouvés dans les articulations, ne distinguant précisément point ceux que l'on voit survenir au cours de l'évolution d'une tumeur blanche, de ceux qui apparaissant tout à fait dans le début, constituent la première manifestation et le caractère principal de l'affection. En effet, si rien n'est plus fréquent que de trouver, au bout d'un certain temps, du pus, même en grande quantité, dans une articulation atteinte de tuberculose, par contre la pyarthrose d'emblée apparaissant en l'absence de lésions osseuses est plutôt rare.

Les hasards de la clinique nous en ont présenté quatre cas presque simultanément, mais nous n'avons pu en découvrir d'autres. Peut-être que le peu de fréquence de ces cas vient du défaut d'observation.

Bonnet dit également que les abcès froids articulaires ne se développent jamais chez des individus bien constitués; « ils se produisent toujours à la suite d'une affection générale de l'organisme », affection qu'il désigne sous le nom de « diathèse purulente » et qu'il définit : « une prédisposition qu'ont certains individus de produire du pus sous l'influence des causes « externes les plus légères et même sans qu'ils aient « été soumis à aucune violence externe capable de « provoquer la suppuration. » Il admet, en outre, que chez ces malades, « le pus peut être sécrété sans « qu'il y ait de douleur et sans qu'autour des parties « en suppuration, il se forme aucune sécrétion de

« lymphes plastique ou de sérosité. Autour du dépôt
« il n'y a point de rougeur et point de gonflement. »

Le même auteur donne une grande part à l'hérédité, car, dit-il, « il y a tant de rapports entre la
« tendance à faire des tubercules et la tendance à
« sécréter du pus.... il y a tant de rapports entre les
« fongosités.... et le pus qu'on ne doit point s'étonner
« que les parents qui ont l'une de ces tendances, produisent des enfants prédisposés aux abcès froids. »

Au premier rang, il place encore les mauvaises conditions hygiéniques et note la plus grande prédisposition chez la femme et l'enfant. Il accorde, en outre, une large part aux maladies infectieuses de l'enfance et fait des scrofuleux les plus prédisposés.

En résumé, on voit que les causes des abcès froids sont exactement les mêmes que celles de la tumeur blanche en général, et l'on ne sait pas bien pourquoi, chez certains sujets, la tuberculose d'une articulation donnera du pus, tandis que chez d'autres ce sera des fongosités, chez d'autres, enfin, un liquide citrin.

Les malades que nous avons observé étaient tous relativement jeunes, leur état général était bon, sauf pour l'un d'entre eux qui avait eu déjà de nombreuses autres manifestations bacillaires articulaires ou osseuses. Chez quelques-uns, on retrouve des antécédents tuberculeux ; sur nos quatre observations, trois se rapportent à des hommes, une seule à une femme. Chez l'un d'eux, on retrouvait dans les anamnétiques un traumatisme de l'articulation malade.

Les observations nous manquent pour établir une formule générale. Nous ne savons rien sur la fré-

quence de cette forme chez l'enfant. En effet, si l'enfant fait facilement du pus au niveau d'une articulation tuberculeuse, si parfois ces abcès se développent très rapidement, ne sait-on pas, par contre, que les lésions osseuses chez les enfants sont très précoces et que certains auteurs ont nié chez eux la forme de tuberculose articulaire à début synovial ? Nous ne savons également rien sur la fréquence de ces cas chez l'adulte et le vieillard. Aussi nous bornerons-nous à citer les faits sans vouloir tirer une conclusion au sujet de l'étiologie.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

Dans son *Traité sur les maladies des articulations* (page 55, t. I), Bonnet dit que « en examinant la
« membrane synoviale, on la trouve constamment
« recouverte d'une couche mince formée par des
« fausses membranes plus ou moins infiltrées de pus.
« Cette couche peut toujours être détachée à l'aide
« d'une spatule de la synoviale ; elle est appliquée sur
« celle-ci comme les fausses membranes pleurétiques,
« le sont sur la plèvre.... Elle est d'un blanc jaunâtre,

« sans traces de vaisseaux, en l'examinant avec quel-
« que attention, on trouve qu'elle est infiltrée de pus
« et de matière tuberculeuse. La couche molle qui
« tapisse la surface interne des abcès est donc orga-
« nisée dans quelques points peu étendus et infiltrée
« dans d'autres de matières inorganisées et inorgani-
« sables qui la rendent incapable de contracter des
« adhérences et dont la présence en rend nécessaire
« l'élimination complète pour que la guérison ait
« lieu. La membrane synoviale est toujours infiltrée
« elle-même de suppuration et par suite ramollie. »

Plus loin, l'auteur ajoute que les fibro-cartilages interarticulaires et les cartilages d'incrustation sont ordinairement absorbés en totalité ou en partie. « J'ai
« vu, cependant, dit-il, un abcès froid du genou où
« ils étaient restés intacts. »

Il convient encore d'ajouter que Bonnet considère les lésions osseuses comme constantes et dit que la superficie des os est rugueuse, inégale, et parle de l'augmentation de leur dureté.

Enfin, il termine en disant que, dans certains cas, chez des individus très affaiblis, chez lesquels ne se manifeste aucune réaction inflammatoire, les parties molles qui entourent l'articulation sont aussi minces que dans une hydarthrose ; on n'y trouve ni fongosités, ni tissu lardacé et dans l'articulation l'on ne voit aucune trace de ces adhérences qui constituent une ankylose.

Par cette description, on voit que le chirurgien lyonnais considère les lésions ligamentaires et osseuses comme constantes. De même, Kœnig signale

que dans les cas où « la production des granulations « reste très limitée, ou du moins s'accompagne de « bonne heure d'un abcès froid étendu de l'articulation », il se produit à l'intérieur de l'articulation des lésions qui « intéressent les extrémités articulaires « et les ligaments. »

Tout autre est l'aspect de l'articulation dans les cas qui font l'objet de cette thèse. Ici, les lésions sont purement synoviales, les cartilages d'encroûtement ne sont pas atteints, ils ne se détachent point d'un coup de spatule comme on le voit dans l'ostéo-arthrite. Mais le point capital réside surtout dans l'absence totale, constatée opératoirement, de lésions osseuses. Ces faits constituent donc bien une forme spéciale de tuberculose articulaire.

Toutefois, il nous est impossible d'affirmer que les lésions osseuses feront toujours défaut, car peut-être, si la lésion était livrée à son évolution spontanée, les cartilages articulaires et les extrémités osseuses elles-mêmes pourraient être atteintes secondairement. On voit, en effet, quelquefois dans une hydarthrose tuberculeuse apparaître, au bout d'un temps variable, des points osseux douloureux, en même temps que la fluctuation du début fait place à un empâtement, à une sensation de pseudo-fluctuation fournie par l'apparition des fongosités.

Mais il importe de retenir que dans les cas que nous signalons, on n'a jamais trouvé de lésions osseuses ni cartilagineuses et que le pus était uniquement sécrété par la synoviale articulaire.

Nous ne nous étendrons pas longtemps sur les

caractères du pus qui peut être séreux, contenir des grumeaux plus ou moins nombreux, enfin être teinté de sang, tout comme celui que l'on rencontre dans les autres abcès froids.

Le plus souvent, le pus occupe toute l'articulation ; il n'y a pas de cloisonnement. En plus du pus articulaire, on trouve encore quelques fongosités avec leur aspect classique : couleur blanchâtre, demi-transparente, chair d'anguille si elles sont peu vasculaires, ou bien lie de vin ou rouge carminé si les vaisseaux de néoformation les ont envahies. Ces fongosités ne sont jamais très abondantes, parfois même elles manquent totalement ; on a alors simplement une synoviale plus ou moins épaissie, à paroi tomenteuse distendue par un épanchement purulent, dont l'importance varie avec les cas. En un mot, on a un véritable abcès froid articulaire dans lequel la synoviale profondément modifiée, constitue la membrane pyogène.

Par ces faits, se trouve parfaitement confirmée l'opinion de Rokitansky qui, le premier, soutint que le tubercule pouvait se former directement dans la cavité synoviale et s'y déposer sous forme de matière caséuse plus ou moins concrète. Par contre, l'opinion de Panas se trouve trop absolue, car la présence de pus dans l'articulation n'est pas toujours la preuve de l'existence de lésions osseuses.

CHAPITRE IV

Symptômatologie

La pyarthrose primitive des articulations a une symptomatologie bien spéciale qu'il importe de connaître car, ainsi qu'on le verra au diagnostic, elle affecte toujours dans sa marche une allure qui permet de la confondre facilement avec d'autres affections articulaires et en particulier avec l'hydarthrose.

Chez presque tous nos malades, le début a paru insidieux. C'est d'abord une sensation vague de douleur au niveau de l'articulation, douleur plutôt lancinante que sourde ne survenant au début qu'à l'occasion des mouvements, mais qui bientôt persiste même au repos. Il y avait en même temps un peu de gêne fonctionnelle, mais si peu marquée que le malade continuait ses occupations, attribuant son malaise à la fatigue ou au rhumatisme.

Chez G. B..., la douleur a été très vive dès le début et empêchait le sommeil. Chez M. G..., le début de l'affection a été celui d'une arthrite aiguë.

Le symptôme le plus frappant est le gonflement articulaire qui se produit petit à petit, et devient plus ou moins abondant. A ce moment, on a le plus souvent les signes d'une hydarthrose : la peau et les tissus

sous-jacents ne présentent ni œdème, ni empâtement. Au genou, on voit la rotule soulevée par l'épanchement ; les méplats rotuliens disparaissent, l'articulation devient globuleuse, le cul-de-sac sous-quadricepital est parfois fortement distendu, la fluctuation est nette, le choc rotulien existe, mais est peut-être un peu moins franc que dans l'hydarthrose vraie ; toutefois, l'on n'a jamais l'impression de mollesse qui caractérise les fongosités, car celles-ci, lorsqu'elles existent, sont toujours en petit nombre.

Au coude, c'est de chaque côté de l'olécrane que la synoviale fait saillie et c'est là qu'il faut chercher la fluctuation.

Le membre conserve généralement une position normale. La jambe reste en extension quelle que soit la quantité de pus contenue dans la synoviale. A noter, cependant, qu'au coude, il y a du fait de la distension de l'articulation, une légère tendance à la flexion.

Au point de vue fonctionnel, on note une simple gêne qui augmente avec l'abondance de l'épanchement. La limitation des mouvements est peu marquée. Ainsi, chez la malade G... Marcelle, on notait une conservation de tous les mouvements du coude : la flexion se faisait presque complètement, l'extension était peu diminuée, la pronation et la supination s'effectuaient facilement et sans douleur. De même, chez deux autres de nos malades, un épanchement assez considérable du genou permettait une flexion assez marquée et l'extension était complète.

Un point sur lequel il importe surtout d'insister est le suivant. Les mouvements provoqués sont à peu près indolores. Certes, dans un grand épanchement, la flexion forcée causerait sans doute une vive douleur en raison de la pression exercée par le liquide comprimé sur les parois de la synoviale, mais jamais, dans les cas que nous signalons, nous n'avons eu la douleur vive que provoque la moindre mobilisation d'une articulation atteinte d'ostéo-arthrite. De même les points osseux douloureux à la pression manquent le plus souvent.

La peau garde au début sa coloration blanchâtre ; jamais on ne voit le lacis veineux superficiel qui est fréquent dans la tumeur blanche. L'empâtement périarticulaire manque toujours au début car les fongosités sont peu abondantes. On note encore un peu d'élévation de la température locale.

Ici, comme dans l'hydrops tuberculosus, comme dans l'ostéo-arthrite, l'atrophie réflexe des muscles de la cuisse par trouble trophique névritique est manifeste. Les ganglions inguinaux sont également fréquents.

En somme, la symptomatologie est bien souvent celle de l'hydarthrose ; bien souvent l'on croit à un épanchement séreux et c'est seulement la ponction qui révèle la présence du pus.

Au point de vue de l'état général, la température reste presque toujours au voisinage de la normale ; cependant, chez l'une de nos malades, le thermomètre a marqué un jour 40°, mais il n'y a eu qu'un simple clocher et la température redevenait normale

dès le lendemain. On conçoit d'ailleurs fort bien qu'il y ait eu chez cette malade d'autres causes que son affection articulaire pour provoquer cette ascension unique de la température.

De plus, il n'y a qu'un léger degré d'amaigrissement ; les forces et l'appétit sont assez bien conservés. Seul, G..., ayant déjà présenté de nombreuses manifestations articulaires, avait un état général un peu moins bon.

Combien ce tableau est différent de celui que décrit Bonnet chez ses malades dans son chapitre sur les abcès froids articulaires : « Toujours, dit-il, « page 63, t. I, dans cette funeste prédisposition, la « face est maigre, pâle, souvent terreuse, etc...., et « rien dans l'apparence extérieure ne peut tromper « sur l'altération grave et profonde qu'a subie la « constitution. »

CHAPITRE V

Evolution — Marche

Abandonnés à eux-mêmes, ces abcès articulaires ont une tendance à la fistulisation. Tel est le cas du jeune homme de Saint-Jean-de-Maurienne. Pendant plus ou moins longtemps la synoviale sert de barrière,

mais à un certain moment cette membrane est perforée par le pus qui envahit les tissus voisins. Cette perforation de la synoviale n'est généralement pas, ici comme dans les autres cas, due à la surdistension de cette membrane, quoique ce fait ait été réalisé expérimentalement. La perforation est due, sans aucun doute, à un travail inflammatoire qui amène l'ulcération, et le pus se fait jour dans le tissu cellulaire ambiant. On peut alors observer des collections purulentes, plus ou moins abondantes, se former au voisinage de l'articulation et constituer l'abcès circonvoisin de Gerdy ; ou bien, dans quelques cas, ce pus, d'origine synoviale, pourra envahir le creux poplité à la faveur d'une bourse séreuse communiquant avec l'articulation, ou fuser au loin soit vers la face interne de la cuisse, soit vers le mollet et constituer un abcès migrateur. Mais, nous le répétons, il s'agit là d'abcès arthrifluents ; le pus provient directement de la synoviale articulaire et non des tissus et des os voisins. Chez un de nos malades, il s'était formé un vaste abcès qui s'ouvrit dans le mollet, et un second qui vint fuser vers la face interne de la cuisse. Ce qui indique manifestement l'origine articulaire de ces abcès, c'est que la pression au niveau de l'articulation fait sourdre du pus par la fistule, alors même que celle-ci existe très loin de l'articulation. D'ailleurs, le stylet introduit par la fistule conduit vers l'article.

Bonnet, *Traité des maladies des articulations*, page 66, fait remarquer que « souvent lorsque le pus « a percé la synoviale, il se répand en si grande quan-

« tité dans le tissu cellulaire, qu'il abandonne presque
« complètement l'articulation ; c'est ce que l'on voit
« surtout au genou, où le pus trouve une vaste cavité
« entre le triceps et le fémur. Si l'on n'est pas guidé
« par les commémoratifs, on peut alors croire que
« l'on a sous les yeux un abcès primitivement déve-
« loppé dans le tissu cellulaire sous-musculaire. Il
« est d'autant plus aisé de confondre à cette période
« un abcès antérieur à une articulation qui a pris son
« origine dans celle-ci avec un abcès qui s'est formé
« primitivement en dehors d'elle, que lorsque le pus
« provenant d'une jointure s'est répandu entre les
« muscles ou dans le tissu cellulaire sous-cutané,
« cette jointure n'offre plus guère de volume que
« dans l'état normal et que ses mouvements sont
« libres et ne produisent aucune douleur.

« La liberté des mouvements dépend de ce que les
« os ont conservé leur forme, de ce que les cartilages
« continuent à les recouvrir et surtout de l'intégrité
« des ligaments et de l'absence de toute formation de
« tissu lardacé autour des articulations. »

Une fois constitués, ces abcès finissent par arriver jusqu'à la peau qui présente quelques phénomènes inflammatoires et s'ulcère ; dès lors s'établit une fistule par laquelle s'écoule le pus en plus ou moins grande quantité. En général, la suppuration est longue ; une infection secondaire peut se surajouter. Néanmoins la guérison peut survenir spontanément.

Mais il est des cas où l'évolution est un peu différente. La suppuration apparaît très rapidement et s'accompagne de phénomènes inflammatoires très

prononcés pouvant en imposer pour une véritable arthrite aiguë d'origine microbienne tout autre que bacillaire. Dans ce cas, l'articulation est le siège d'un gonflement rapide, le malade accuse une sensation d'ardeur au niveau de la jointure. La rougeur et l'empâtement des tissus sont parfois très étendus ; mais, fait qui mérite d'être signalé tout spécialement : c'est que les mouvements provoqués n'occasionnent, dans ce cas, qu'une douleur relativement peu considérable, parfois même ils sont presque indolores, ce qui ne peut s'expliquer que par l'absence de lésions osseuses. Les mouvements sont limités, certains, comme la pronation et la supination, se font parfaitement. Tel est le cas de G... Marcelle.

La suppuration s'établit rapidement, il sort par la fistule qui se forme du pus dont l'aspect seul, bien souvent, ne suffit pas pour affirmer le diagnostic d'une façon absolue.

Bien entendu, n'entre pas du tout dans ce cas, l'infection secondaire de l'abcès, infection faite par une fistule déjà existante ou à la faveur d'une lésion des téguments de quelque nature qu'elle soit. Ces accidents infectieux étaient très fréquents avant la période aseptique ; c'étaient eux qui déterminaient ces complications parfois très graves que Bonnet expliquait par la décomposition du pus au contact de l'air.

Chez notre malade, G... Marcelle, malgré l'allure aiguë de l'affection, malgré l'intensité des phénomènes inflammatoires, l'incision ne donna issue qu'à

du pus paraissant suffisamment être de nature tuberculeuse, puisque l'incision fut complètement refermée.

D'ailleurs, l'examen de ce pus montra l'absence complète des microbes ordinaires de la suppuration. De plus, l'inoculation au cobaye fut nettement positive, car l'autopsie pratiquée trois semaines après montrait de nombreuses lésions tuberculeuses chez cet animal.

Ce cas semble prouver d'une façon indiscutable que la tuberculose seule peut donner au niveau d'une articulation des phénomènes aigus absolument comparables à ceux que l'on observe dans les arthrites suppurées d'origine infectieuse. L'expression d'abcès froid réchauffé employée couramment n'est pas exacte dans ce cas.

Il n'y a rien d'étonnant à ce que la tuberculose seule puisse donner des arthrites aiguës car nous savons déjà que cette maladie peut, dans certains organes, donner des inflammations aiguës. Tout le monde, à l'heure actuelle, admet comme étant de nature bacillaire la forme aiguë d'orchite tuberculeuse décrite par Reclus. Depuis bien longtemps, on admet également que la tuberculose peut donner au niveau des os des phénomènes inflammatoires aigus ressemblant parfois beaucoup à l'ostéo-myélite staphylococcique. Il est des cas, exceptionnels il est vrai, où le symptôme douleur apparaît brusquement sans avertissement prémonitoire et s'accompagne non moins brusquement de rougeur et de gonflement.

Ces faits sont connus de tous les chirurgiens et dans

son *Traité sur les maladies infectieuses et parasitaire des os*, page 257, Gangolphe en cite deux cas fort typiques. L'un se rapporte à un étudiant en pharmacie suspect de bacilllose qui, à la descente d'un tramway en marche avait éprouvé une douleur très violente dans le pied et chez lequel on avait fait le diagnostic d'entorse. En plus de la douleur très vive, rendant la marche impossible, il y avait un gonflement assez marqué au niveau du tarse. Quinze jours après une fistule s'ouvre sur le dos du pied, le stylet démontre les lésions osseuses et le malade meurt de granulie quelques mois plus tard.

Dans le second cas, c'est surtout le début brusque et l'intensité de la douleur qui sont très marqués, les phénomènes inflammatoires manquent.

L'existence d'une forme de tuberculose aiguë suppurée ne saurait donc être mise en doute. Si l'on n'intervient pas, l'abcès articulaire s'ouvre spontanément ; le pus s'écoule en plus ou moins grande abondance amenant une sédation partielle des phénomènes inflammatoires et douloureux. Si l'on voit le malade à ce moment, on constate une articulation encore un peu tuméfiée ; la pression au niveau de cette articulation fait sourdre du pus par la fistule établie. L'empâtement périarticulaire peut persister un temps variable, de même la suppuration pourra se prolonger. Mais dans notre observation, la simple incision de l'articulation a amené une guérison rapide.

En résumé, nous pouvons décrire à l'arthrite tuberculeuse suppurée d'origine synoviale deux formes cliniques différentes :

А) Dans une première forme, l'affection se présente avec tous les caractères d'une hydarthrose : gonflement de l'articulation, distension du cul-de-sac sous-quadricipital en particulier, parfois choc rotulien, absence de points osseux douloureux, atrophie de la cuisse. Ce n'est que la ponction qui montrera la présence du pus et permettra le diagnostic ;

В) Dans une seconde forme, l'affection prend une allure aiguë, comparable à celle d'une arthrite infectieuse. Dans ce cas, on a un gonflement très marqué, de la rougeur et un empâtement diffus.

Ces deux formes, bien que paraissant totalement différentes, sont pourtant de même nature et dues uniquement au bacille de Koch.

CHAPITRE VI

Pronostic

Bonnet, page 74, dit : « Le pronostic des abcès
« froids des articulations est toujours grave. Cette
« gravité dépend à la fois de l'altération profonde de
« l'économie entière dont ils sont la conséquence et
« des accidents qu'ils entraînent une fois qu'ils sont
« ouverts.

« Il suffit de jeter un coup d'œil sur la face des
« malades qui sont affectés de diathèse purulente pour
« juger quelle altération profonde a subie toute leur
« constitution. Dans les cas les plus favorables, ils
« n'éprouvent que des améliorations passagères et le
« plus souvent leur état prenant chaque jour une
« gravité croissante, ils finissent par périr en pas-
« sant par les divers degrés de la fièvre hectique. »

Plus loin, il parle des complications survenues à la suite de l'ouverture soit spontanée, soit chirurgicale de ces abcès. « Souvent, dit-il, cette ouverture est
« suivie de décompositions putrides qui peuvent
« entraîner la mort. Enfin, si les malades échappent
« à ces premiers accidents, ils sont exposés à suc-
« comber plus tard à la fièvre hectique qui suit la
« suppuration abondante dont l'articulation est le
« point de départ.

« Dans tous les cas, que les abcès soient ouverts ou
« non, leur guérison est extrêmement difficile, non
« seulement ils sont entretenus comme les abcès
« froids du tissu cellulaire par l'affection constitu-
« tionnelle qui les a produits, mais ils ne peuvent
« guérir comme ces derniers soit spontanément, soit
« à la suite de certaines opérations. »

L'opinion de Bonnet n'est point la nôtre, du moins dans la forme de pyarthrose que nous décrivons, car nous avons montré, au cours de ce travail, combien cette forme diffère du tableau que fait cet auteur des abcès froids articulaires.

Le pronostic de l'arthrite suppurée tuberculeuse primitive n'est point aussi fâcheux que le pensait le

chirurgien lyonnais ; il ne paraît guère plus sombre que celui de la simple hydarthrose tuberculeuse. Certes, la tuberculose articulaire réserve parfois bien des surprises, car tel cas paraissant plutôt bénin évoluera vers l'arthrite fongueuse avec lésions osseuses graves, suppurations persistantes et lésions pulmonaires qui emmèneront le malade ; tel autre cas, par contre, paraissant beaucoup plus grave que le premier aboutira, par un traitement approprié, à la cicatrisation des lésions et à une guérison locale complète au bout d'un temps plus ou moins long.

On connaît la phrase de Kœnig : « Dans aucun cas, la tuberculose articulaire ne suit une évolution typique. » Ce mot résume toute la difficulté du pronostic et se trouve encore vrai dans la forme que nous avons décrite.

Cependant, en nous basant uniquement sur les observations mentionnées au cours de ce travail, nous pouvons affirmer que cette forme paraît plutôt bénigne au point de vue pronostic. Certes, l'un de nos malades a gardé pendant longtemps des fistules multiples, mais, néanmoins, la guérison semblait, lorsque nous l'avons revu pour la dernière fois, s'annoncer comme prochaine.

Aussi, ne voulons-nous pas affirmer que le pronostic est toujours bénin, car les fongosités peuvent apparaître et la lésion localisée tout d'abord à la synoviale peut envahir les os, comme on le voit dans d'autres formes à début synovial, et donner lieu à une ostéo-arthrite. Tous les cliniciens ont vu des malades paraissant guéris d'une hydarthrose tuberculeuse du

genou, revenir quelque temps après avec des signes de tumeur blanche typique.

Donc, nous dirons seulement que d'après nos observations, le pronostic est toujours moins grave que celui des autres formes de tuberculose articulaire à début osseux, car le principal facteur de gravité réside surtout dans les lésions osseuses. Parmi nos malades, G... Marcelle est partie complètement guérie après un court séjour à la clinique. Un deuxième malade est parti après une seule ponction de son articulation. Dans les deux autres cas, l'affection a duré beaucoup plus longtemps, mais chez le jeune homme de Saint-Jean-de-Maurienne, le traitement n'avait pas été, dans les débuts, suivi d'une façon méthodique. Chez le dernier, on avait affaire à un malade ayant depuis longtemps des lésions articulaires et osseuses multiples ; cependant la suppuration de ses deux genoux n'a pas eu la gravité que l'on pouvait supposer en pareil cas ; son état général est resté bon.

Au point de vue fonctionnel, le pronostic paraît également bon. G... Marcelle avait gardé presque tous les mouvements de son coude ; l'extension et la flexion seules étaient un peu limitées. G... garde un peu de raideur articulaire ; le jeune homme de Saint-Jean a conservé une bonne partie des mouvements de son coude et de son genou.

Enfin, chez le dernier, les lésions ont paru plutôt évoluer vers l'ankylose.

Il serait intéressant de pouvoir observer ces malades pendant plus longtemps pour avoir une opinion plus

ferme. En outre, il importe de répéter que nos observations ne sont pas en nombre suffisant pour nous permettre de porter un jugement définitif.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Nous avons vu que la pyarthrose tuberculeuse primitive prend deux formes bien différentes : une marche torpide sans réaction inflammatoire des léguments donnant simplement les signes d'un épanchement synovial dans l'articulation ; une marche aiguë donnant le tableau d'une arthrite infectieuse.

Dans le premier cas, on conçoit toute la difficulté qu'il y a pour faire le diagnostic.

L'hydarthrose traumatique sera éliminée par l'absence de traumatisme, par l'absence de douleur au niveau de l'insertion des ligaments articulaires.

L'hydrops tuberculosus offre à peu près exactement le même tableau clinique que la forme purulente que nous décrivons. Dans les deux cas, on n'a ni douleur, ni gêne notable dans les mouvements, à part les mouvements de flexion qui sont limités en raison de l'épanchement articulaire. Les signes physiques sont à peu

près les mêmes. Peut-être, dans le cas d'arthrite purulente tuberculeuse, le choc rotulien est-il moins franc, même avec un épanchement abondant. Mais, il faut l'avouer, c'est là un signe bien peu sûr pour permettre une distinction entre la forme à simple épanchement liquide et la forme à épanchement purulent. Le plus souvent, en présence d'un malade atteint de cette forme d'arthrite suppurée, on portera le diagnostic d'hydarthrose tuberculeuse et l'on sera étonné de retirer du pus par la ponction. Ce n'est que par la ponction seule que l'on fera le diagnostic.

L'arthrite fongueuse sera facilement éliminée par la présence de fongosités, d'empâtement périarticulaire, par la sensation de pseudo-fluctuation plutôt que de fluctuation vraie, par les points osseux douloureux qui existent toujours et surtout par la douleur provoquée au moindre mouvement de l'articulation. Ces deux derniers symptômes manquant totalement dans la pyarthrose tuberculeuse.

L'arthrite syphilitique est rare. Dans son mémoire sur les tumeurs blanches, Richet donne comme caractères particuliers à cette affection : l'absence de fièvre, l'exaspération considérable des douleurs pendant la nuit, la marche lente de l'affection sans tendance à la suppuration.

Les formes avec fistules multiples peuvent rappeler l'arthrite sporotrichosique ; mais celle-ci sera reconnue par l'examen du pus et surtout par son ensemencement sur cultures.

Les arthropathies nerveuses, l'arthropathie tabétique en particulier, seront reconnues au gonflement

énorme et rapide, aux antécédents du sujet, aux troubles de la sensibilité, à l'examen des pupilles et des réflexes.

On éliminera enfin rapidement l'hydarthrose symptomatique, de même que l'hydarthrose rhumatismale qui sera reconnue par les anamnétiques.

Dans la forme de pyarthrose avec œdème et empâttement énorme, gonflement articulaire, le diagnostic devient délicat.

Tout d'abord, on éliminera rapidement le rhumatisme articulaire aigu facilement reconnaissable.

La forme granulique de tuberculose articulaire pourra se reconnaître par ce fait : à savoir que la poussée se fait simultanément sur d'autres séreuses.

Les périarthrites siègent sur les bourses synoviales, les gâines synoviales.

Mais le diagnostic sera surtout à faire avec les arthrites aiguës. Dans l'arthrite gonococcienne, on a la notion d'une blennorragie actuelle ou récente, et l'absence de fistules.

La notion d'une infection antérieure (variole, scarlatine, érysypèle, fièvre typhoïde, pyohémie, etc.) plaie articulaire infectée indiquera la nature de l'arthrite aiguë.

Ce qui doit avant tout attirer l'attention du côté de la tuberculose, c'est surtout l'état général du sujet, qui est loin d'être aussi mauvais que dans les cas d'arthrite infectieuse ; ensuite le peu de gêne relatif des mouvements articulaires et le peu de douleur des mouvements provoqués. Ce sont là des points importants qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic et

faire penser à la forme aiguë de la pyarthrose tuberculeuse. Les autres signes sont à peu près les mêmes et la température peut ne donner aucun renseignement. D'ailleurs, dans les cas où l'on hésiterait encore, l'aspect du pus qui s'évacuera par la ponction ou par les incisions pratiquées, ou mieux encore, par l'inoculation de ce pus au cobaye montrera d'une façon indiscutable sa nature nettement bacillaire.

Plus tard, lorsque les fistules seront établies, le diagnostic sera plus facile par l'aspect des lésions ; on reconnaîtra l'origine articulaire du pus par l'exploration des fistules qui conduira dans la jointure et par la pression au niveau de l'articulation qui fera sourdre du pus par les orifices fistuleux.

CHAPITRE VI

Traitement

Le traitement sera avant tout aussi simple que possible. On se rappellera que le pronostic n'est pas mauvais. Aussi se contentera-t-on de faire une immobilisation temporaire de l'articulation malade dans une gouttière ou une attelle plâtrée qui permettront de surveiller la formation de l'épanchement. Le

redressement ne sera pas nécessaire car nous avons vu qu'il n'y avait pas de tendance aux attitudes vicieuses. Lorsqu'on aura de la fluctuation, de la distension du cul-de-sac sous-quadricipital on ponctionnera. La ponction sera, de préférence, pratiquée avec un bistouri plutôt qu'avec un trocart. On surélèvera légèrement le talon du malade pour assurer d'une façon complète l'écoulement et l'on fera un simple pansement aseptique. Si le pus se reforme, on l'évacuera par une seconde ponction.

Les injections modificatrices, éther iodoformé, liquide de Calot, etc., ne sont point nécessaires.

La résection articulaire se trouve formellement contre-indiquée par l'absence de lésions osseuses.

La synovectomie paraîtrait, dans ce cas, une opération complète, puisqu'elle permettrait d'enlever toutes les lésions. Mais cette opération, qui a eu de nombreux partisans, n'est plus guère pratiquée à l'heure actuelle, bien que Kœnig se soit loué des résultats acquis par cette méthode par laquelle il a « obtenu la guérison avec mobilité parfaite de l'articulation » et qu'il considère ce procédé opératoire comme excellent pour « cette forme de tuberculose dans laquelle le genou a conservé le plus souvent toute sa mobilité et fonctionne presque normalement. »

De même, le grattage à la curette des parois de la synoviale n'est pas nécessaire. Ces différents procédés n'offrent, pour les cas que nous envisageons, aucun avantage sur la simple ponction de l'articulation, sans compter les dangers que l'on a signalés après

ces opérations partielles, dangers imputables à l'inoculation traumatique. Outre la destruction des ligaments articulaires qu'elles entraînent presque fatalement, ces opérations ont l'inconvénient de créer de vastes surfaces d'absorption pour les liquides infectieux et nombreux sont les cas de généralisation de la tuberculose après l'extirpation de la synoviale du genou.

Il faut traiter les abcès froids articulaires de la même façon que les autres abcès froids et l'on sait qu'à l'heure actuelle les procédés sanglants pour leur traitement comptent de moins en moins nombreux partisans.

Il ne paraît pas y avoir d'indication spéciale pour un autre traitement dans les formes de pyarthrose aiguë. L'ouverture large de l'articulation suivie de drainage ne semble même pas nécessaire. Chez G... Marcelle, l'incision pratiquée fut refermée complètement lorsqu'on eut reconnu la nature tuberculeuse de son affection.

Le traitement général sera le même que pour les autres formes de bacillose. Il consistera dans une bonne hygiène, le séjour au bord de la mer toutes les fois qu'il sera possible et une bonne alimentation.

Nous terminerons en disant que le devoir du médecin est avant tout d'aider la nature dans ses moyens de défense, plutôt que de la contrarier par des interventions inutiles et parfois dangereuses.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les formes synoviales décrites dans la tuberculose articulaire, il en est une qui mérite une description à part. C'est la forme à grand épanchement purulent primitif sans lésions osseuses. En un mot : la pyarthrose tuberculeuse.

II. — Dans cette forme le pus articulaire est exclusivement sécrété par la synoviale qui constitue la membrane pyogène de l'abcès froid articulaire.

III. — Cette forme est caractérisée :

1) Par la production de pus de très bonne heure, en assez grande quantité pour distendre l'articulation ;

2) Par l'absence de lésions osseuses et des cartilages d'encroûtement ;

3) Surtout par le peu de limitation et le peu de douleurs dans les mouvements articulaires provoqués.

IV. — Cette forme revêt le plus souvent la symptomatologie de l'hydarthrose. Seule la ponction révèle le pus.

V. — Toutefois, elle prend quelquefois une allure inflammatoire qui peut la faire confondre avec une arthrite aiguë infectieuse.

VI. — Le pronostic est bon ; les lésions paraissent s'améliorer rapidement ; l'état général est peu atteint.

VII. — Le traitement consistera :

- 1) Dans l'hygiène ;
- 2) Dans l'immobilisation temporaire de préférence dans une gouttière plâtrée ;
- 3) Dans la ponction au niveau du cul-de-sac sous-quadriceps pour le genou. On tiendra le talon un peu surélevé de façon à assurer un écoulement complet du pus par le point ponctionné ;
- 4) Renouveler les ponctions si l'abcès se reforme. Les injections modificatrices ne sont pas nécessaires.

VIII. — Dans les formes inflammatoires, le traitement sera le même ; l'arthrotomie suivie de drainage n'est pas indiquée.

On se rappellera, enfin, que même dans les formes de pyarthrose aiguë, le pronostic est peut-être aussi bénin que dans l'hydarthrose tuberculeuse.

VU :

Le Président de la Thèse,

JABOULAY.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 4 novembre 1911.

Le Recteur Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

BILLEROTH. — Éléments de pathologie chirurgicale.

A. BONNET. — Traité des maladies des articulations, 1853.

CHANDELUX. — Thèse d'agrég., 1883. (Synovites fongueuses et tendineuses.)

CROCQ. — Traité des tumeurs blanches (Bruxelles 1853).

NOUVEAU DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE (Articulations).

DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie (Arthrites infectieuses et inflammatoires, par LAGRANGE.

FOLLIN et DUPLAY. — Traité élémentaire de pathologie externe.

GANGLOPHE. — Maladies infectieuses et parasitaires des os.

GERDY. — Mémoire sur les tumeurs blanches anat. path. et trait^t. — Archives générales de médecine, 1840.

KIRMISSON. — Maladies de l'appareil locomoteur.

KÆNIG. — Traité de pathologie chirurgicale spéciale (traduit par COMTE, t. II).

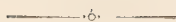
KÆNIG. — Die tuberculose d. Knochen u. Gelenke, 1884.

KIENER et POULET. — Archives de physiologie, 1883.

LISFRANC. — Archives générales de médéc., 1828 (Mémoire sur les tumeurs blanches).

LANNELONGUE. — Société de chirurgie, 1878, 1880, 1882, 1886.

- MOURE. — Arthrites sporotrichosiques (Archiv. génér. de chirurgie, 25 février 1910).
- OLLIER. — Traité des résections.
- OLLIER. — Opérations conservatrices dans la tuberculose articulaire. Rev. de chirurgie, 1885.
- PAQUET. — Tumeurs blanches, th. de Paris, 1867.
- POULET et BOUSQUET. — Traité de pathologie externe.
- RICHEL. — De l'inflammation des synoviales articul., 1847.
- RICHEL. — Mémoire sur les tumeurs blanches (Mémoire de l'Académie de médecine de Paris, 1853).
- WISEMAN. — Several, chir. Treatise, London 1734.
- WOLKMAN. — Samelung Klinisher vorrtäge, 1879.



Saint-Etienne. — imp. de « La Loire Républicaine », place Marengo, 16.
